Certificación de Elegibilidad de Transporte ADA

La información obtenida en este proceso de certificación será utilizada por North Central Regional Transit District (NCRTD) para la prestación de servicios de transporte. La información sólo será compartida con otros proveedores de transporte para facilitar el viaje en esas áreas. La información no será proporcionada a cualquier otra persona/agencia.

☐ **Solicitante de Primera Vez**
☐ **Solicitante de Renovación - # de Tarjeta Actual** __________

1. Nombre ____

2. Dirección ____________________________ **Ciudad** __________ **Estado** __________ **Código Postal** __________

Dirección Postal si es Diferente __________ **Ciudad** __________ **Estado** __________ **Código Postal** __________

3. Número de Teléfono (Casa) ________________ **(Móvil)** ________ **(Trabajo)** ______________

4. Fecha de Nacimiento ______/______/______

5. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su discapacidad?

______ **a.** La condición que tengo me impide usar el sistema de ruta fija (NCRTD Bus Service) de forma permanente.

______ **b.** Mi condición es temporal y yo puedo ser capaz de usar el sistema de ruta fija (NCRTD Bus Service) despues de _______________ (fecha).

______ **c.** Mi condición es intermitente________ % del tiempo y no voy a ser capaz de utilizar el sistema de ruta fija (NCRTD Bus Service).

6. ¿Cómo le impide esta discapacidad usar el servicio de ruta fija (NCRTD)? Por favor, explique por completo. Utilice una hoja adicional si es necesario.

____

____

7. ¿Hay otros efectos de su discapacidad de los cuales tenemos que tener en cuenta?

____

La siguiente información será utilizada para asegurar que un vehículo apropiado se utiliza para proporcionar el transporte y que un análisis preciso de sus solicitudes de viaje se puede hacer por el North Central Regional Transit District.

8. ¿Utiliza alguna de las siguientes ayudas para la movilidad? (marque todas las que correspondan)

______ Silla de Ruedas Manual ______ Bastón ______ Animal de Servicio
______Scooter ______ Andador ______ Asistende de Cuidado Personal
______Silla de Ruedas Eléctrica ______ Muletas

9. ¿Necesita un asistente de cuidado personal cuando viaje usando el transporte público?

______ Sí ______ No

10. Por favor, conteste todas las preguntas siguientes:

¿Se puede viajar a una cuadra de la ciudad sin la ayuda de otra persona?

______ Sí ______ No ______ A Veces

¿Se puede viajar a 5 calles de la ciudad sin la ayuda de otra persona?

______ Sí ______ No ______ A Veces

¿Puede subir tres escalones de 12 pulgadas sin ayuda?

______ Sí ______ No ______ A Veces

¿Se puede esperar fuera sin apoyo durante diez minutos?

______ Sí ______ No ______ A Veces

11. ¿Alguna vez ha utilizado los autobuses de NCRTD?

____ Sí, utilizo los autobuses de NCRTD _____ veces a la semana

____ Sí, he utilizado los autobuses de NCRTD, pero ya no porque

____

____ No, yo nunca uso los autobuses de NCRTD porque

____

NOTA: Travel Training es instrucción personalizada (individuo o grupo) que enseña los habilidades necesarios para utilizar el servicio de autobuses NCRTD.

1. ¿Alguna vez ha tenido alguna instrucción personal sobre el uso de servicio del autobús de NCRTD?

____ No, nunca he recibido ningún Travel Training

____ Sí, he recibido instrucción de Travel Training personal a través de un empleado de NCRTD

Nombre del empleado de NCRTD: ____

Si ha seleccionado Sí, por favor, indique a continuación las habilidades que aprendió:

____ Viajar hacia y desde las paradas de autobús
____ Cruzar las calles
____ Leer los horarios de autobuses y planificar viajes
____ Montar las siguientes rutas:
 # de Ruta __________ # de Ruta ___________ # de Ruta ___________ # de Ruta____________
____ Otra (por favor explicar), ____

____

2. ¿Ha finalizado este Travel Training?

_____ Sí
_____ No

Certificación de Elegibilidad de Transporte ADA

12. Certifico que la información corresponde a la verdad.

Firmado ______________________________ Fecha ________/______/______

13. Nombre de Contacto de Emergencia ____________________________________

Número de Teléfono ____

14. Si esta solicitud ha sido completada por alguien que no sea la persona que solicita la certificación, esa persona debe completar lo siguiente:

Nombre ____

Dirección ____

Ciudad _______________ Estado _______________ Código Postal ________________ Teléfono ____________________

Firmado _______________________________________ Fecha ________/____________/____________

DEVOLVER FORMA A:
Jim West Regional Transit Center
Attention Operations/ADA Eligibility
1327 N. Riverside Dr., Española, NM
87532

RELEASE OF INFORMATION

Con el fin de permitir que el NCRTD evalue su solicitud, puede ser necesario ponerse en contacto con el médico u otro profesional con licencia, para confirmar la información que proporcionará al momento de enviar la siguiente "Solicitud de Verificación Profesional". Por favor envíe solicitudes completas, no se procesarán las solicitudes incompletas.

La persona que complete la forma de "Solicitud de Verificación Profesional" es: (marque uno)

___________ Médico ______________ Profesional de la Salud
____________ Profesional de Rehabilitación

Esta persona está familiarizado con los efectos de mi discapacidad y está autorizado para completar la verificación profesional para el NCRTD requerido para completar este proceso de certificación.

Nombre____
(Nombre del Médico o Profesional)

Dirección____
(Dirección del Médico o Profesional)

Ciudad__________________________________ Estado ________________ Código Postal ________________

Teléfono Durante el Día __________________________ Número de Fax ________________________

Firmado ____Fecha_________/_____________/_____________
(Nombre del Solicitante)

SOLICITUD DE VERIFICACION PROFESIONAL

ESTA SECCIÓN PARA SER LLENADO POR EL MÉDICO, ENFERMERA O ASISTENTE SOCIAL AUTORIZADO POR EL ESTADO. CUALQUIER ALTERACIÓN, SUPRESION O ADICION POR EL SOLICITANTE PONDRÁ ESTE APLICACIÓN A VACÍO.

Nota: Preguntas #3 y #6 deben ser completados para procesar la solicitud.

Atención ____________________
(Nombre del Médico)

El formulario de autorización adjunto ha sido presentado por ____________________________
(Nombre del Solicitante)

El/Ella ha indicado que Usted puede brindar información con respecto a su discapacidad y el impacto sobre su capacidad de utilizar nuestro servicio de autobus (NCRTD Bus Service). La ley federal requiere que el North Central Regional Transit District (NCRTD) proporciona servicios de transporte paratransitos a personas con necesidades especiales. La información que proporcione nos permitirá hacer una evaluación adecuada de esta solicitud. Gracias por su cooperación en este asunto. Si tienes alguna pregunta llame al (866) 206-0754.

1. Capacidad en el que se conoce el solicitante:

   Soy su ________________________

2. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la discapacidad de su cliente (del paciente)?

   a. La condición es permanente

   b. La condición es temporal y él/ella debe ser capaz de usar el sistema de ruta fija (NCRTD Bus Service) despues de ___________________

   c. La condición es intermitente __________ % del tiempo y él/ella no será capaz de utilizar el sistema de ruta fija (NCRTD Bus Service).

   Si ha seleccionado c, por favor explique su respuesta.

   ____
   ____
   ____
   ____

3. Si la persona tiene una discapacidad que afecta a la movilidad, la persona es:

Capaz de caminar una cuadra de la ciudad sin la ayuda de otra persona?

_____ Sí _____ No _____ A Veces

Capaz de viajar a 5 calles de la ciudad sin la ayuda de otra persona?

_____ Sí _____ No _____ A Veces

Capaz de subir tres escalones de 12 pulgadas sin ayuda?

_____ Sí _____ No _____ A Veces

Capaz de esperar fuera sin apoyo durante diez minutos?

_____ Sí _____ No _____ A Veces

¿Esta persona utiliza algún tipo de ayuda para movilizarse? ¿Qué tipo?

¿Esta persona requiere un auxiliar de atención privada cuando se viaja en transporte público (NCRTD)?

_____ Sí _____ No _____ A Veces

4. Si la persona tiene una discapacidad visual:

La agudeza visual con la mejor corrección:

Ojo derecho_________ Ojo izquierdo __________ Los dos ojos ________

Los campos visuales:

Ojo derecho_________ Ojo izquierdo__________ Los dos ojos ________

¿Puede la persona leer print de 12 font? _________sí _________no

5. Si la persona tiene una discapacidad cognitiva:

Es la persona capaz de:

Dar direcciones y número de teléfono?

No _____________ Sí ________________

Reconocer un destino o punto de referencia?

No _____________ Sí ________________

Manejar bien situaciones inesperadas o un cambio inesperado en la rutina?

No _____________ Sí ________________

Pedir, entender y seguir instrucciones?

No _____________ Sí ________________

Con seguridad y eficacia viajar en lugares complejos y/o llenos de gente?

_______ No ______ Sí

6. Por favor describe a continuación en detalle lo que la discapacidad de su paciente es. Por favor indique si el solicitante tiene una discapacidad mental o fisica, y si hay algún otro efecto de la incapacidad de lo cual nosotros debemos saber?

____

____

____

____

____

Nombre del Médico: ____

Dirección de la Oficina: ____

Teléfono de la Oficina: ____

Firma del Médico/Profesional del Salud: ___________________ Fecha _______

DEVOLVER FORMA A:
Jim West Regional Transit Center
Attention Operations/ADA Eligibility
1327 N. Riverside Dr., Española, NM
87532

RTD
SERVING NORTH CENTRAL NEW MEXICO